

ДИАГНОСТИКА МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Шмаков А.П., Янушкевич А.А., Питкевич А.Э.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Результаты лечения детей с острым гематогенным остеомиелитом непосредственно зависят, в первую очередь, от ранней диагностики и своевременного, адекватного лечения.

В литературе вопросы диагностики и лечения остеомиелита освещены достаточно широко, однако ранняя диагностика у новорожденных остается актуальной. В связи с особенностями клинической картины, превалированием общих симптомов над местными в одних ситуациях, стертое течение - в других обуславливают трудности диагностики и еще более высокий процент диагностических ошибок по сравнению с таковыми у детей старшего возраста.

Нередко дифференциальная диагностика эпифизарного остеомиелита с банальным артритом, натальной травмой представляет для врача ряд трудностей. Это связано как с особенностями клинического течения, так и с вариабельностью результатов диагностических исследований, а также с отказом от полного их использования. К тому же значительное число больных до настоящего времени поступают в стационары уже с выраженными изменениями в эпифизе и осложнениями. Все это указывает на актуальность вопроса и требует дальнейшего его изучения.

В настоящей работе на основании ретроспективного изучения историй болезни анализу подверглись 58 случаев эпиметафизарного остеомиелита. Из них 30 детей в возрасте до 1 года (51,7%), 8 (13,5%) - от 1 до 3 лет, 20 (34,5%) - старше 3 лет.

В первые 3 дня в клинику поступили 29 (50%), в сроки от 4 до 7 дней - 14 (24%), позже 7 дней - 15 (25,9%) больных.

36 (62%) детей поступили в состоянии средней тяжести, 11 (19%) - в тяжелом, 1 (1,7%) - в крайне тяжелом, 10 (17,3%) - в удовлетворительном состоянии. Местная форма ОГО была у 57 (98,3%) больных, септико-пиемическая форма - у 1 (1,7%).

Воспалительный процесс у 27 (46,5%) локализовался в бедренной кости, причем в 18 случаях поражался проксимальный эпифиз, в - 9 дистальный; у 22 (38%) - в плечевой кости (проксимальный - 16; дистальный - 6); у 5 (8,6%) - в дистальной части лучевой кости; у 3

(5,2%) - в большеберцовой кости (проксимальный - 1, дистальный - 2); у 1 (1,7%) - в дистальном метаэпифизе малоберцовой кости.

Всем больным с целью подтверждения диагноза была выполнена рентгенография костей. Рентгенологически диагноз подтвержден у 43 (74,1%) детей: периостит - в 5 (11,6%), деструкция кости - в 22 (51,2%), деструкция и периостит - в 13 (30,2%), разрыв кости - в 2 (4,7%), расширение суставной щели - в 1 (2,3%) случае. Двум (3,4%) пациентам рентгенологическое обследование не проводилось, так как они выписаны по настоянию родителей. Костно-деструктивных изменений не было выявлено в 13 (22,4%) случаях. Из этих больных в первые 3 суток поступили 7 (53,8%), в срок от 3 до 7 суток - 6 (46,2%) детей.

УЗИ суставов произведено 2 (3,4%) больным. Оба раза определялись ультразвуковые признаки синовита.

Всем детям проводилось комплексное лечение ОГО, направленное на борьбу с возбудителем, повышение реактивности организма, ликвидацию местного очага воспаления. Только консервативно лечились 16 больных (27,6%). В 31 (53,4%) случае выполнена пункция сустава, в 4 (6,9%) - пункция и остеоперфорация, в 6 (10,3%) - остеоперфорация, в 1 (1,7%) - остеоперфорация и артротомия.

Гнойно-фибринозный выпот при пункции получен у 11 (35,5%) детей, у 20 (64,5%) патологического выпота не было. Из 20 больных, у которых гной не был получен, 10 (50%) поступили в первые 3 суток от начала болезни, 8 (40%) - от 3 до 7 дней, 2 (10%) - позже 7 дней.

Цитологическое исследование выполнено у 21 (36,2%) больного: диагноз подтвержден у 14 (66,7%). Только на основании клинической картины диагноз выставлен у 5 больных, на основании 2 методов исследования - у 23, 3 методов - у 19, 4 методов - у 7, 5 методов - у 4 больных.

У 7 (19,8%) больных купирование острого процесса произошло в течение 21 дня, у 30 (51,7%) - от 21 до 35, у 16 (27,6%) - от 35 до 50, у 4 (6,9%) больше 50 дней.

У 1 (1,7%) ребенка произошел патологический перелом, у 1 (1,7%) - патологический вывих, у 1 (1,7%) - сочетание перелома и вывиха. Летальных исходов не было.

Не смотря на характерный клинический симптомокомплекс остеомиелита еще остается высоким процент детей (50%), которые поступают достаточно поздно. Однако ранняя диагностика и ранняя антибиотикотерапия предупреждают в ряде случаев костно-деструктивные изменения, а также гнойные артриты. В большинстве

случаев (74%) диагноз заболевания подтверждается рентгенологически. Бактериологические, цитологические исследования, УЗИ суставов не редко не применяются.

Учитывая возможность получения в силу ряда причин отрицательных результатов при использовании каждого из методов, особенно важным представляется их комплексное применение.